

نامه ما مانده دانشکده پزشکی

هیئت تحریریه :

دکتر ناصر انصاری	دکتر یحیی عدل	دکتر حسین گل‌غلاب
دکتر محمد بهشتی	دکتر صادق عزیزی	دکتر محمد علی ملکی
دکتر محمود سیاسی	دکتر محمد فریب	دکتر حسن میر دامادی
دکتر جهان‌شاه صالح	دکتر نصره‌الله کاسمی	دکتر هاشم هنجن
رئیس هیئت تحریریه - دکتر جهان‌شاه صالح		
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی		

شماره ششم

اسفند ماه ۱۳۴۹

سال هشتم

تومور گرانولزای تخمدان

نگارش

دکتر حسین رحمتیان
استاد دانشکده پزشکی

دکتر جهان‌شاه صالح
استاد و رئیس دانشکده پزشکی

مقدمه: تومورهای گرانولز عبارت از تومورهای هستند از نوع سلولهای گرانولزای تخمدان (سلولهای واقع در پیرامون فولیکول دوگرا آف طبیعی) که در ادوار مختلفه زندگی از آغاز طفولیت تا پس از دوران بایئوسگی در نزد آنها در تخمدان پدیدار شده و تولید خونریزیهای رحمی و یا قاعدگیهای غیر مرتب نموده توام با آندومتریوت پلوی پوز میباشند. چون این تومورها دارای ترشح هورمونی تخمدان هستند اگر در آغاز زندگی در نزد دختر بچه های خرد سال پدیدار شوند علائم باو غ پیش رس^(۱) از قبیل عظم شکفت انگیز پستانها و خونریزی مرتب بصورت قاعدگی و افزایش موهای زهار و سایر نقاط بدن را ایجاد مینمایند. بیماری که مورد بحث ما میباشد برای نخستین بار در ایران با علائم مزبور یکی از نویسندگان (دکتر صالح) مراجعه و با تشخیص این

بیماری عمل شده و شرح آن بعداً خواهد آمد - چون این بیماری در اطفال خردسال نایاب و از طرفی دارای علائم بلوغ زودرس^(۱) میباشد لذا تقدیم گزارش علمی بمنظور جلب توجه پزشکان محترم نسبت بدان ضروری و لازم بنظر میرسید - از این رومصمم شدیم که مشخصات بیماری را همراه با علائم بالینی و شرح حال بیمار و نوع معالجه در دسترس همکاران ارجمند قرار داده تا به کیفیت و چگونگی این قبیل بیماران که البته نادر است عطف توجه فرمایند .

نکته دیگری که حائز اهمیت میباشد قلت سن بیمار است - در کتب کلاسیک و در کلیه انتشارات علمی که تا این تاریخ مطالعه شده حداقل سن بیمار را که تا بحال در دنیا دیده شده به ۲ سال و ده ماه گزارش داده اند در حالی که بیمار ما بسن ۴ سال و ۸ ماه یعنی ۴ ماه هم از حد اقل رقی که در مطبوعات علمی و کتب کلاسیک مذکور است کمتر میباشد .

تاریخچه و هیستوژنز^(۲) - در آغاز کار کلمه گرانولزابه تومور هائمی اطلاق میشد که از نظر ریزبینی از مقداری سلولهای اپی تلیال گرانولز ساخته شده بودند - اما بعداً چون معلوم شد که این تومورها دارای قدرت ترشح هورمونی نیز هستند لذا دایره اسم گزاری محدود تر گردید از طرفی پیدایش صفت هورمونی اشکالات جدیدی را برای آسیب شناسان ایجاد نمود بدینمعنی که بسا تومورها از لحاظ خصایص ریزبینی کاملاً منطبق با تومورهای گرانولزا هستند ولی فاقد ترشح هورمونی میباشند از طرف دیگر عدّه از تومورهای تخمدان بخلاف دارای ترشح هورمونی و تظاهرات مربوطه بوده ولی از نظر ریزبینی منطبق با تومورهای اپی تلیال گرانولز نمیباشند . پس از مطالعه و تحقیق معلوم شده که تومورهای قسم اول آنهائی هستند که هنوز در مراحل ابتدائی پیشرفت بوده و یا بعبارت دیگر بعد تمایز کامل نرسیده اند و دارای قدرت هورمونی نمیباشند .

رویه مرفته چنین نتیجه گرفته اند که تنها خصایص ریزبینی تومورهای گرانولزا کافی برای اثبات نوع آنها میباشد و لواینکه فاقد ترشح هورمونی هم باشند - اما در مورد تومورهائیکه دارای ترشح هورمونی بوده ولی از سلولهای خالص گرانولز

ساخته نشده‌اند برای توضیح و تفسیر آنها میبایست به اصل رویانی و کیفیت پیدایش دوره جنینی آنها مراجعه نمود تا حقیقت امر مکشوف گردد. سلولهای گرانولز و سلولهای تکال (تک داخلی فولیکول گرا آف) هر دو از يك بافت واحد بنام بافت گستر یا بلاستم اندیفرانسیه (۱) تخمدان نیز می‌نامند منشعب می‌گردند. بعبارت دیگر سلولهای گرانولز و سلولهای تکال هر دو مثل دو طفل هستند که از يك مادر متولد شده و دارای قرابت و مشابهت کامل می‌باشند. منشاء و مبنای سلولهای گرانولز و تکال هر دو متفقاً از ماتریس (۲) تخمدان است. ماتریس در حال طبیعی دارای سلولهای نا بالغ و غیر متمایز است. حال تومور هائیکه از ماتریس تخمدان سرچشمه می‌گیرند غالباً شامل هر دو نوع سلولهای مزبور می‌باشند منتها هر وقت شماره سلولهای تکال فزون تر باشد آن را تکال و اگر سلولهای گرانولز زیاد تر باشد آنرا گرانولز خوانند.

شگفت تر اینکه در تومورهای نامبرده اعم از دسته اول یا دوم بتدریج علائم لوتئینیزاسیون (۳) مثل یک تخمدان طبیعی آشکار شده و سلولهای لوتئینیک هم بدستجات قبلی اضافه شده و دودمان ثالثی را تشکیل میدهند که بتدریج مرحله بلوغ و تکامل را طی نموده تا آنجا که بعد تصلب و اسکلروز خواهند رسید.

بر طبق آنچه که گفته شد سلولهای تکال - گرانولز و لوتئین از يك دودمان بوده و مراحل تکاملی يك نوع سلول واحد را که زائیده بافت گستر تخمدان است «ماتریس» تشکیل میدهند همانطور که جسم زرد اسکلروزه پایان عمر يك فولیکول طبیعی تخمدان را اعلام میدارد بهمان طریق تومورهای فیبروز تخمدان غالباً معرف دوره نهائی تومورهای گرانولز و یا تکال بوده و پایان عمر سلولهای مزبور را ظاهر می‌سازند.

سن - محل پیدایش - تومورهای گرانولز در تمام ادوار زندگی از سن طفولیت تا پس از یائسگی دیده میشوند ولی در نزد دختران خردسال بسیار کمیاب و جزء نادر هستند. همانطور که در ابتدای مقاله یاد آوری شد جوان ترین بیمار که تا بحال در دنیا دیده شد طفلی است بسن ۲ سال و ۱۰ ماه که برای نخستین بار توسط سوتام (۴) گزارش

۱ — Blastème indifferencié ۲ — Matrice ۳ — Luteinisation

۴ — Southam

داده شده ولی سن بیمار ما از این میزان هم کمتر است یعنی ۲ سال و ۸ ماه میباشد - بنابراین از لحاظ آلت سن بیمار ما حد نصاب جهانی را شکسته است . دانشمند مزبور در گزارش خود علائم بیماری را چنین شرح میدهد که طفل نامبرده مبتلا به خونریزی رحمی همراه با عظم شکست انگیز پستانها و ازدیاد مودر ناحیه زهار و سایر نقاط بدن بوده (سندروم هیپر فولیکولی نمی^(۱)) در ضمن تومر بزرگی که ظاهراً بنام «سار کم با سلولهای گرد» گفته میشد در تخمدان دیده شد پس از عمل جراحی و برداشتن کلیه تومر علائم بالینی بهبودی کامل یافت - شرح حال بیمار ما کاملاً منطبق با گزارش مزبور می باشد.

در بهمرفته ۱۰٪ تومورهای گرانولز قبل از سنین ۲۰ پیدا میشوند و ۵۰٪ بعد از یائسگی .

تومورهای گرانولز بندرت دوطرفی بوده (۱۰٪) و عموماً يك تخمدان را بیشتر فرا میگیرند - چند نفر از دانشمندان از قبیل رازن^(۲) و فرانکل^(۳) و سایرین تومور گرانولز را در ضخامت لیگامان لارژ دیده اند .

آسیب شناسی - ما کرو سکی

تومورهای گرانولز عموماً محدود و کاملاً دارای پوشینه محیطی بوده و گاهی دارای کیستهای متعدد و کوچک و بزرگ میباشد - بعلا ترشح هورمون فولیکولین علائم بالینی سریعاً آشکار شده و بدینجهت قبل از اینکه تومور حجم معتناهی پیدا نماید بجرّاح سپرده می شود. حجیمترین توموری که تا بحال دیده شده نزد بیماری بوده از (نیجریه) که سنگینی آن به ۲۰ رطل میرسیده - تومورهای تکال دارای قوام سفت و فیبروز و مخصوصاً رنگ آنها زرد مومی میباشد - گاهی این تومورها نیز خاصیت کیستیک بخود گرفته مثلاً در مورد بیمار ویلیس^(۴) توموری در نزد زن ۵۷ ساله مشاهده کرده که متشکل از يك حفره وسیعی با جدار بقطر ۳ سانتیمتر بوده. ریز بینی

یکی از خصایص ریز بینی این تومور ها پلیمورفسم و کثرت انواع و اقسام

۱— Syndrome d'Hyher folliculinémie ۲—Ragins

۳— Frankel ۴— Willis

سلولها در برشهای متوالی است بدینمعنی که هر تکه از تومور دارای تصویر خاص و منظره مخصوصی است. سلولهای تکال و گرانولز یا لوتئیک گاهی جدا گانه و زمانی توأماً بشرح زیر در یک تومور دیده میشوند.

تومورهای با سلول پوششی گرانولز - بعضی تومورها دارای فولیکولهای کاملاً واضح و مشخص بنام فولیکول کال اکسندر^(۱) که بصورت روزت^(۲) درآمده میباشند. گاهی اتفاق میافتد که سلولهای پوششی گرانولز بشکل رشتههای غیر منظم و یا بصورت سلولهای متفرق و پراکنده درون بافت گستر تخمدان سرگردان دیده میشوند.

تومورهای با سلول تکال - سلولهای نامبرده بصورت عناصر تخم مرغی شکل چند ضلعی درشت با پروتوپلاسم روشن محتوی قطرات لیپوئید دیده میشوند. بافت فیبر و دستجات سلولهای نامبرده را از یکدیگر تفکیک نموده و بصورت تومور فیبروز آن را جلوه میدهد. ازبستگی بافت چربی موجب رنگ زرد تومور میباشد که از خارج کاملاً مشهود است گاهی مناطق سلولهای تکال به تناوب توأم بارشتههای همبند و ارتجاعی شده و حتی ماده هیالین نیز کم و بیش خود نمائی میکند - از این روبعضی دانشمندان تومورهای تخمدان را منتسب به تومورهای تکال و یا گرانولز دانسته و قائلند که دوره نهائی بیماری مزبور میباشد.

تومورهای گرانولز با سلولهای لوتئال عموماً در مشاهده ریزبینی تومورهای گرانولز و یا تکال کم و بیش سلولهای لوتئال نیز دیده میشوند که بصورت عناصر پراکنده با سلولهای نامبرده آمیخته و توأم اند - ولی گاهی اتفاق می افتد که شماره سلولهای لوتئال از حد فزون شده و بالذات تومر مستقلاً را تشکیل میدهند که از هر حیث دارای استقلال و تمایز میباشند.

خاستگاه تومر - در بحث قبلی گفته شد که سلولهای گرانولز و یا تکال از بافت فولیکولر طبیعی تخمدان و یا از گستر پر سلول آن بلاستم بی پوتانسیل^(۳) منشعب میشوند. میر^(۴) و نواک^(۵) معتقدند که این تومور ها دارای خاستگاه رویانی بوده

۱— Call Exner ۲— Rosette ۳— Blastème Bipotentiel

۴— Meyer ۵— Novak

دیس ژنتیک^(۱) و نمی توانند از بافت طبیعی تخمدان برخیزند در حالی که دو نفر دیگر از دانشمندان بوترورت^(۲) و فورث^(۳) با آزمایش هائیکه روی موش نموده اند مدلل ساخته اند که در نتیجه تکثیر مصنوعی سلولهای فولیکولر حیوان ایجاد تومورهای گرانولز کاملاً امکان پذیر است.

بنابراین بدون اینکه احتیاج به پشتیبانی از فرضیه رویانی داشته باشیم میتوان چنین اندیشید که تومورهای گرانولز بدون مشارکت بافت رویانی مستقیماً از سلولهای اپیتلیال فولیکولر تخمدان طبیعی سرچشمه گرفته تحول آنها بطرف سلولهای تکال یا لوئتنیک و یا پیدایش اسکالرز خود نیز یکی از صور تکامل توموری میباشد. فقط در مورد تفسیر تومورهای لیگامان لارژمی توان از فرضیه دیس ژنتیک استعانت جست.

خصایص هورمونی - بر طبق آنچه که غالب دانشمندان از قبیل کینگ^(۴) و میرو لونگ^(۵) و نواک مشاهده نموده اند یکی از صفات بارز و مشخص تومورهای گرانولز و یا تکال ایجاد آندومتریوت پلوی پوز میباشد که حتی گاهی با واکنش دسیدوآل^(۶) که در حاملگی پدیدار میشود همراه میباشد. اگر تومورهای نامبرده قبل از بلوغ ظاهر شوند موجب رشد دستگاه زهاری و قاعدگی زنانه میگرددند - اگر در سنین بلوغ پدیدار شوند تولید منوراژی و یا بخلاف آن منوره که همراه با خونریزیهای غیر منظم است مینماید - اگر پس از یائسگی ظاهر شود ایجاد خونریزیهای مکرر و غیر منظم مینماید.

آزمایش روی حیوانات نیز رشد شکفت انگیز پستانها و پیدایش ترشح غدد پستانی نظر دانشمندان را جلب کرده است علاوه بر تغییرات آندومتر که بصورت هیپرپلازی آندومتر یا لوزاگر شد گاهی طبقه عضلانی رحم نیز تومرال میشود مثلاً کینگ در نزد بیماران خود میوم و آدنومیومهای متعدد رحم همراه با تومورهای گرانولز دیده است همچنین هندرسن در ۲۱ مورد بیمار مبتلا به تومر گرانولز ۵ نفر آنها را مبتلا به فیبرم رحم و دو نفر را دوچار سرطان آندومتر یافته است - همچنین در ۹ بیمار مبتلا

۱- Dysgénétique ۲- Butterworth ۳- Furth ۴- King

۵- Long ۶- déciduale

به تومر تکال ۵ نفر دارای رحم فیبروز و ۳ تن دچار سرطان مخاط رحم بوده اند
بعبارت دیگر مجموعاً در ۳۰ تن بیماری که مورد مطالعه همد رس قرار گرفته اند
۵ نفر دچار سرطان مخاط رحم شده اند و این رقم مدهش شخص را از تأثیر ناگوار
هورمونهای فرلیکولی در ایجاد سرطانهای رحم بیمناک میسازد.

شرح حال بیمار - ز - م طفلی است بسن ۲ سال و ۸ ماه - اهل تهران (شکل ۱)
که در خرداد ماه سال جاری به بنگاه حمایت مادران مراجعه نموده و مادر طفل
سوابق وی را چنین شرح میدهد:

سابقه بیماری - طفل از یکسالگی دارای ترشح چرکی بوده و چون سابقه
ابتلاء بسوزاك در پدر و مادر وجود داشته لذا طفل را تحت درمان باپنی سیلین قرار داده
بودند - از آن بعد کم کم خونریزی مختصری عارض شده و در ابتدای امر خونریزی
در ۱۵ روز اول هر ماه بطور خفیف کم و بیش ظاهر میشده ولی در این اواخر تقریباً
بطور دائم ولی غیر منظم بمیزان متغیر وجود داشته بطوریکه روزهای قبل از عمل تقریباً
خونریزی متوالی و بدون انقطاع بوده است - در ضمن پستانها باندازه لیموترش بزرگ
شده (شکل ۲) و پیدایش آرنول و بر جستگی در نوك پستانها (نظیر آنچه که در
سن بلوغ نزد دختران جوان پدیدار میشود) نظر مادر و بستگان را جلب مینماید
(شکل ۳ و ۴) - موهای زهار نیز روبه نمو گذاشته و زیر بغل کم و بیش آثار رشد مو
دیده میشود - بعات پیدایش علائم مذکور مادر طفل با وحشت فراوان ببنگاه حمایت
مادران مراجعه مینماید.

در معاینه که در تاریخ ۲۰/۳/۲۹ توسط یکی از نویسندگان (دکتر صالح)
بعمل آمد مشاهدات زیر اتفاق افتاد :

طفل کودک کی است که ظاهراً سن او قریب به ۵ سال ولی سن حقیقی او ۲ سال
و ۸ ماه است - دارای موی نسبتاً بور و چشمان آبی (شکل ۱) اندام متناسب شبیه به
اندام دختر بالغ - در دستگاه تنفس و جهاز هاضمه چیز غیر طبیعی نیست پستانها مانند پستان
دختر ۱۴ ساله با آرنول و بر جستگی محسوس - از نوك پستان ترشحاتی خارج نمیشود
در معاینه شکم در طرف چپ برآمدگی مشخصی دیده میشود - در لمس این برآمدگی

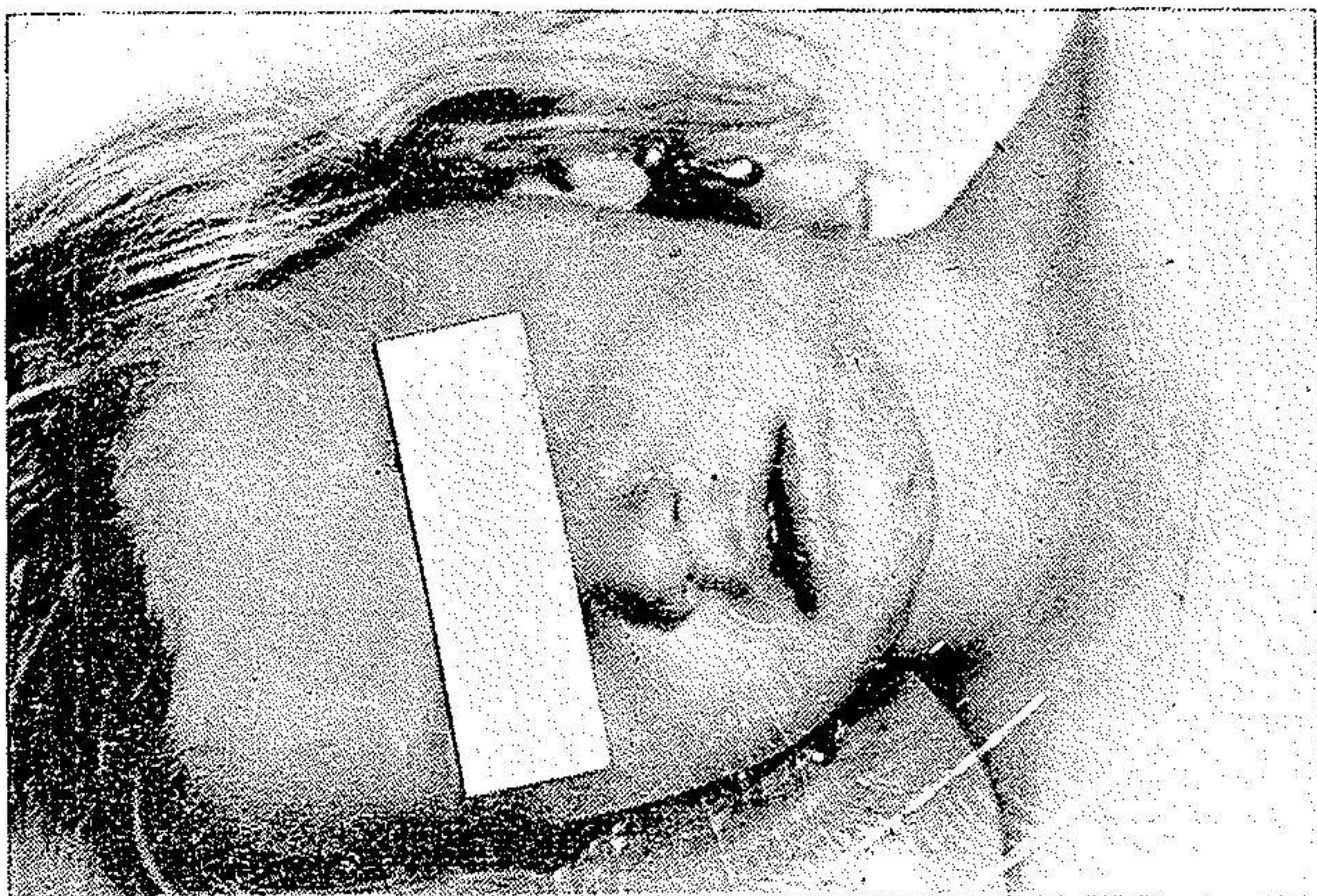
در زیر شکم و طرف چپ کاملاً محسوس و کمی متحرک - قوام آن نسبتاً نرم و قسمت اعظم لگن را فرا گرفته است - در دستگاه تناسلی خارجی شفقتن فرج همانند دختران بالغ بطوریکه لب بزرگ دارای رشد بلوغ و لب کوچک را تقریباً مستور نموده - کلیتریس دارای رشد معمولی و توی زهار کاملاً نمایان و مانند دختران بالغ زهار را بشکل مثلی پوشانده است - پرده بکارت مجرای ادرار طبیعی فقط کمی ملتهب و مختصر تر شگی دیده میشود.

امتحان از راه مقعد - رحم کاملاً متحرک و از تومور مزبور مجزای است جسم رحم کوچک و در کنار چپ آن تومری محسوس است که لگن را پر نموده است - با در نظر گرفتن علائم کلینیکی تشخیص کیست تخمدان از نوع گرانولوزا توسط دکتر صالح داده شد و دستور عمل صادر گردید و در تاریخ ۲۳/۳/۲۹ طفل توسط دکتر صالح و معاونت آقای دکتر معظمی عمل شد پس از باز کردن شکم تومری در تخمدان طرف چپ با اندازه طالبی که متحرک همراه بادمچه^(۱) کوچکی بدون چسبندگی با طرف بوده دیده شد جسم رحم کوچک لوله تخمدان راست کاملاً طبیعی بود و شرح حال بیمار و کیست تخمدان با تشخیص قبلی نوع گرانولوزا برای آزمایش آسیب شناسی فرستاده شد نتیجه آزمایش یکی از نویسندگان «دکتر رحمتیان» بشرح ذیل است.

ماکروسکوپی - تومری است تقریباً مدور بوزن هفتصد و پنجاه گرم و قطر عرضی ۷ سانتیمتر (شکل ۵) در شکل ۵ دو نیمکره تومر که از وسط نصف شده و هر کدام بقطر ۷ سانتیمتر میباشد دیده می شود.

نمای تومر زرد شمعی و آثار انباشتگی لیپوئید و مواد چربی از منظره خارجی آن هویدا میباشد غلاف نسبتاً محکمی پیرامون تومور را فرا گرفته و پس از شکافی از وسط مناطق نکروز سلولی و یا هموراژی تقریباً دیده نمیشدند.

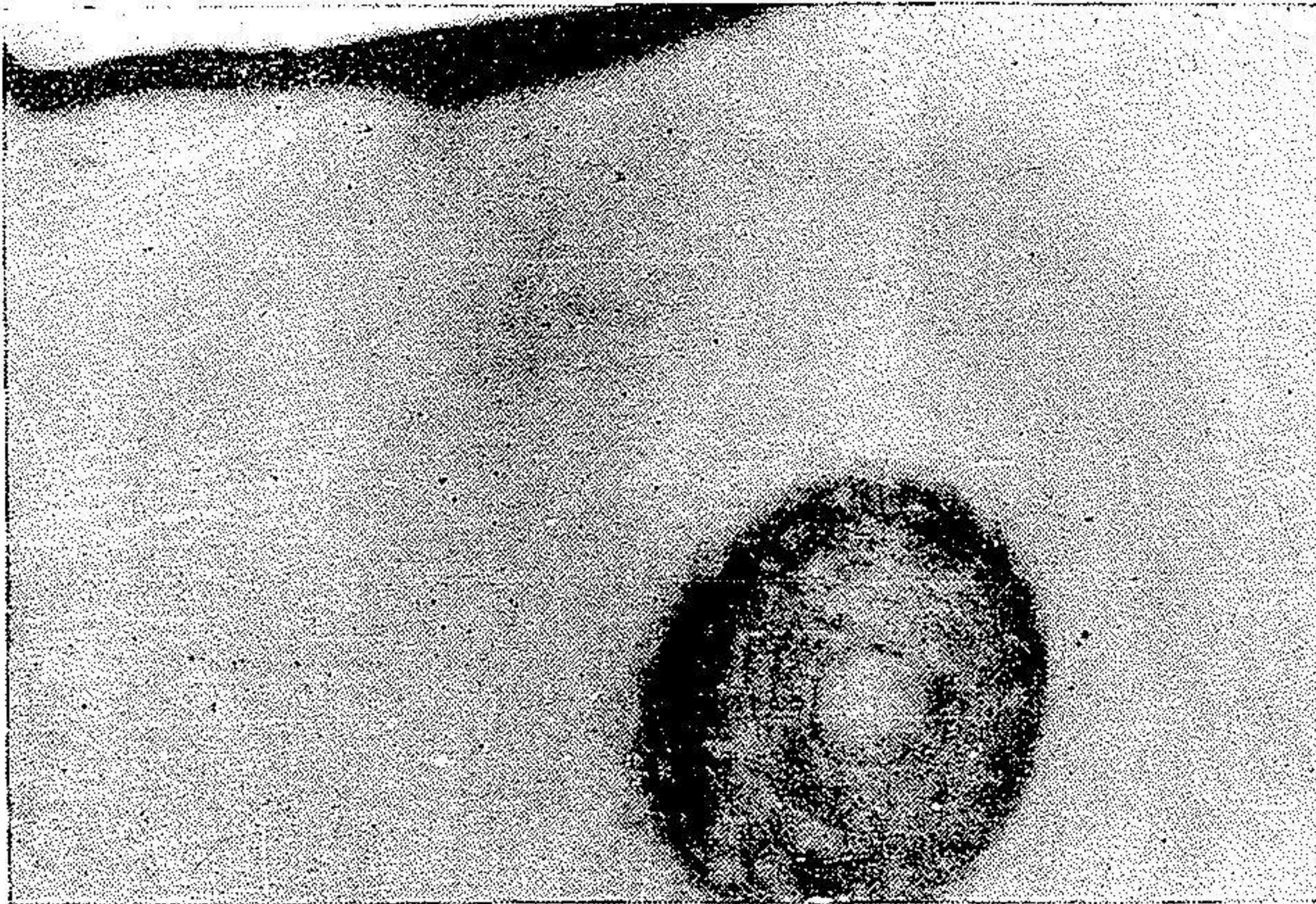
منظره میکروسکوپی منظره ریزبینی تومور بسیار پللی موزف میباشد - همانطور که در شکل ۶ مشهود است جدار پیشنی بصورت نوار ضخیمی تومور را از خارج محصور نموده و در حقیقت پوشینه محکمی را تشکیل میدهد در مجاورت آن سلولهای



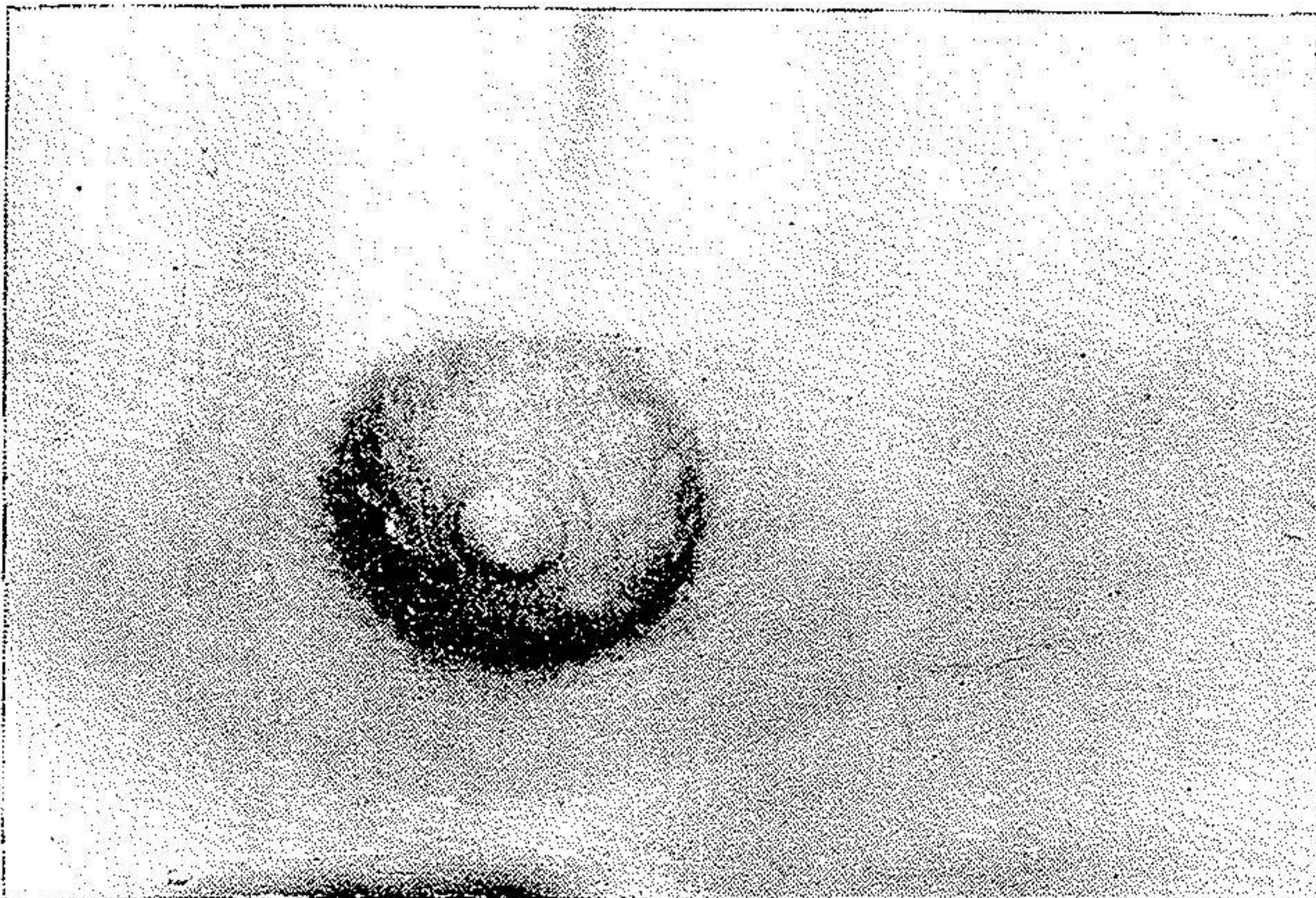
شکل ۱- بیمار طاقیست ۲ سال و ۸ ماه دارای مویهای بور و چشمان آبی



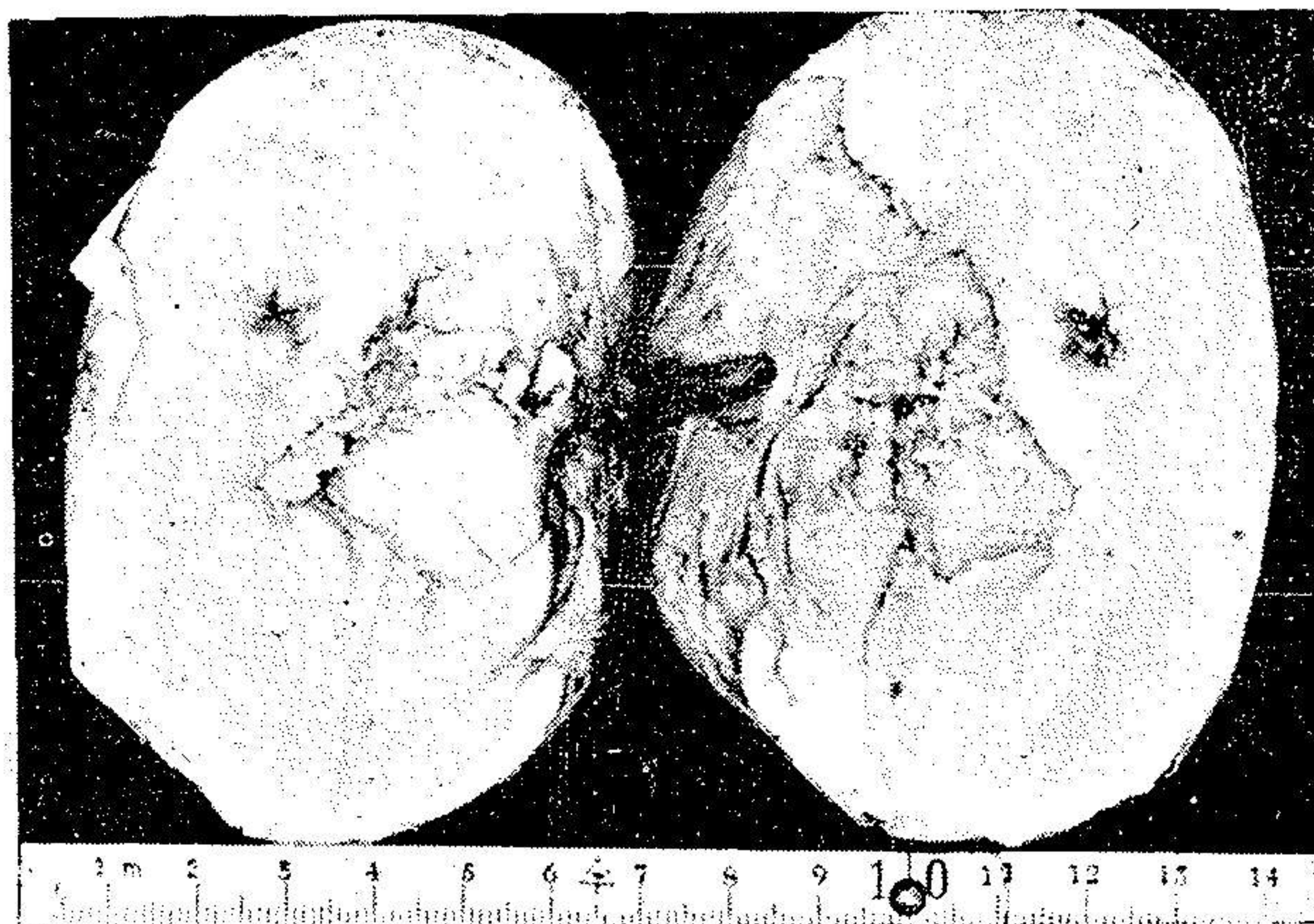
شکل ۲- پستانهای چپ و راست بزرگ کی لیووترش دیده میشوند



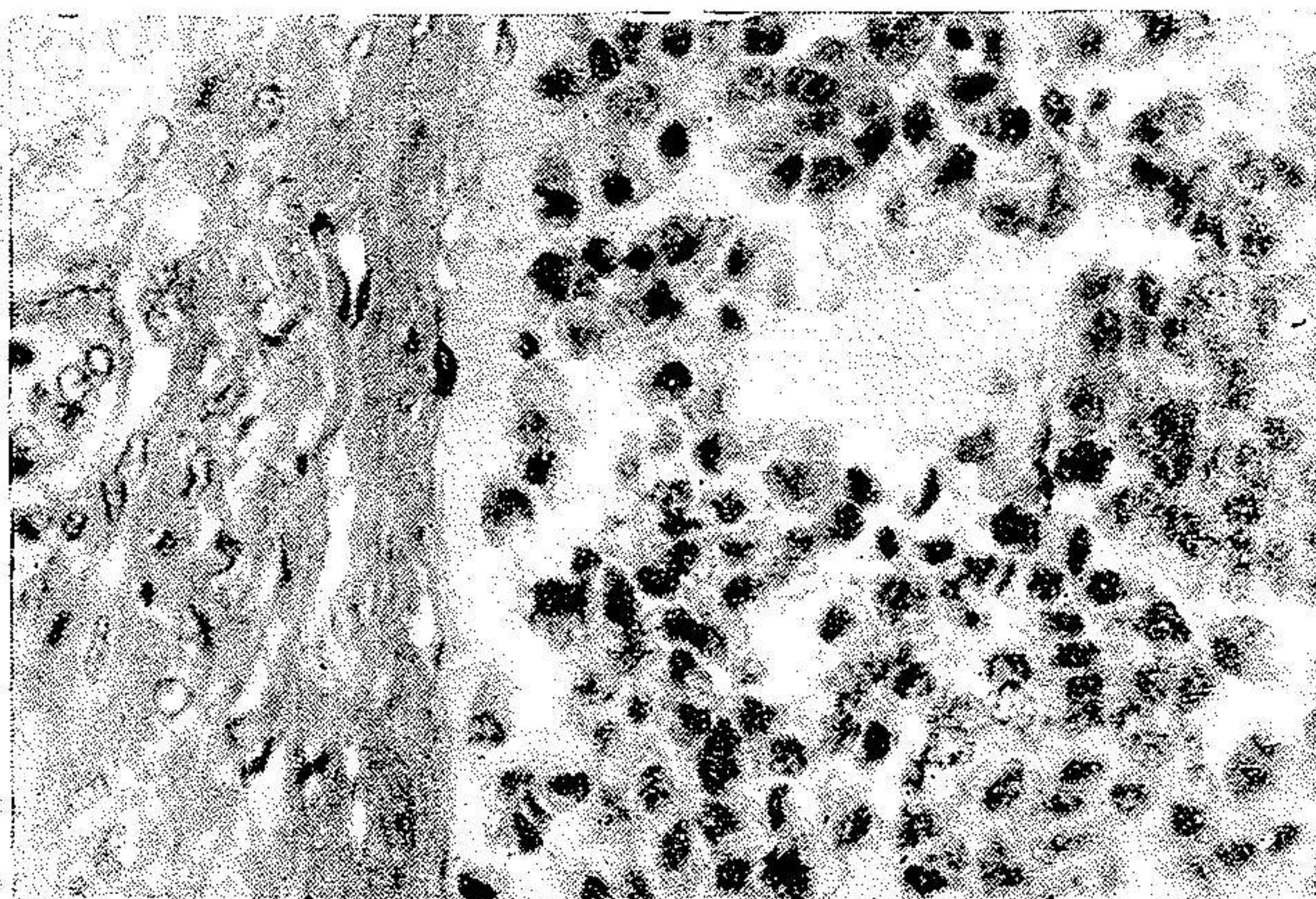
شکل ۳- پیدایش آرنول و برجستگی شکفت انگیز نوک پستانها جلب توجه هر بیننده را مینماید



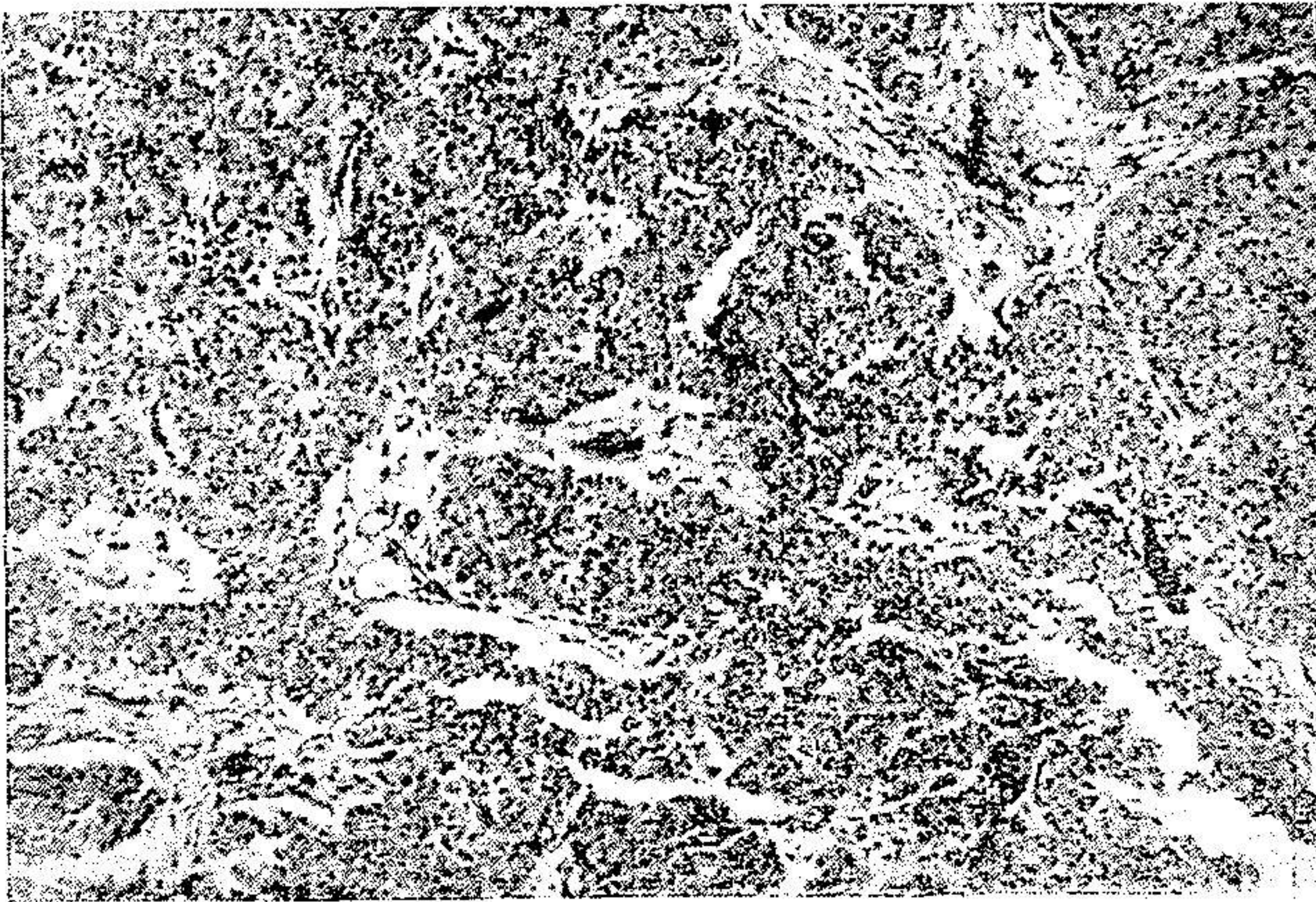
شکل ۴- پیدایش آرنول و برجستگی شکفت انگیز نوک پستانها جلب توجه هر بیننده را می نماید.



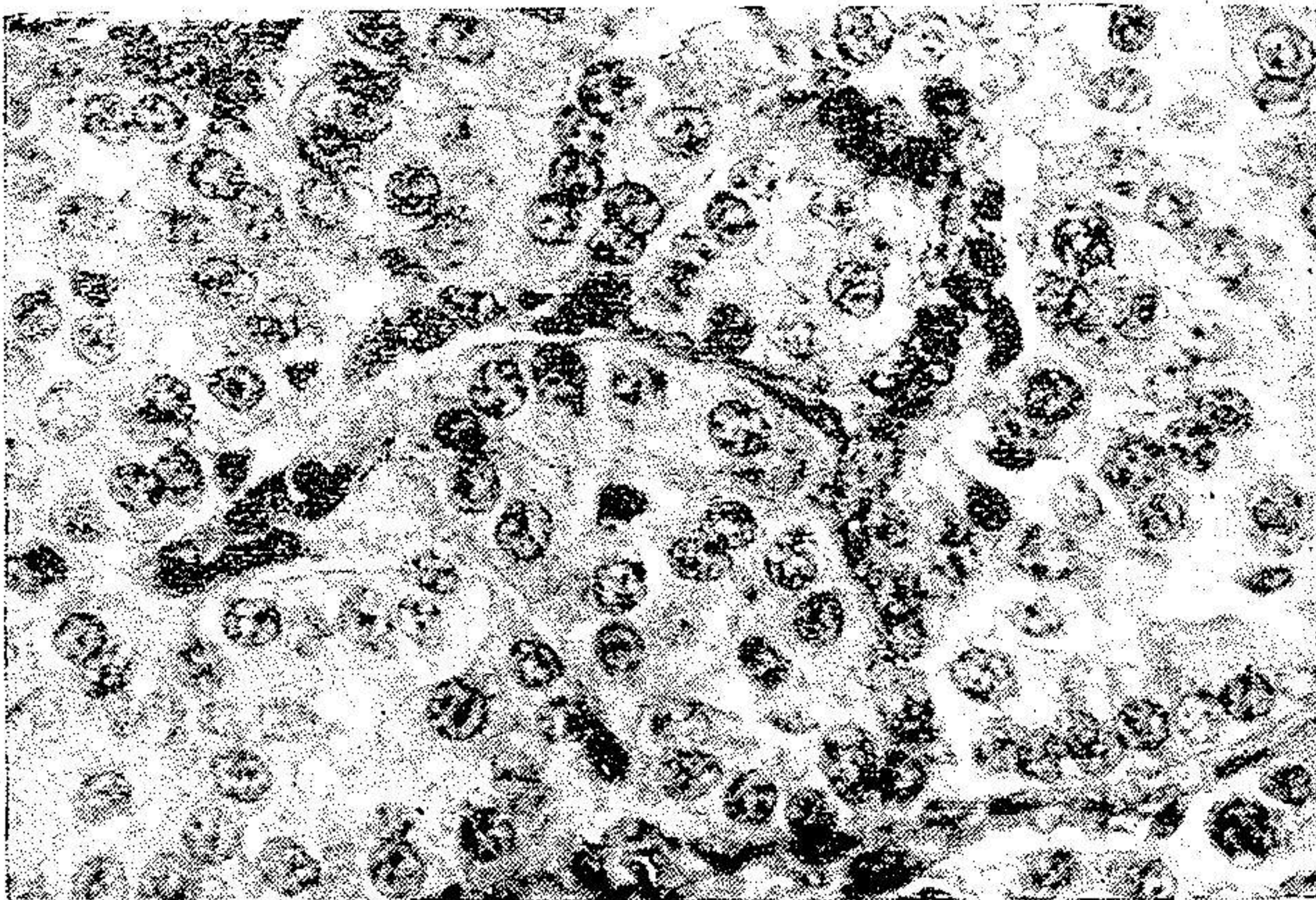
شکل ۵- تومر تخمدان مدور بوزن هفتصد و پنجاه گرم و قطر عرضی ۷ سانتیمتر میباشد



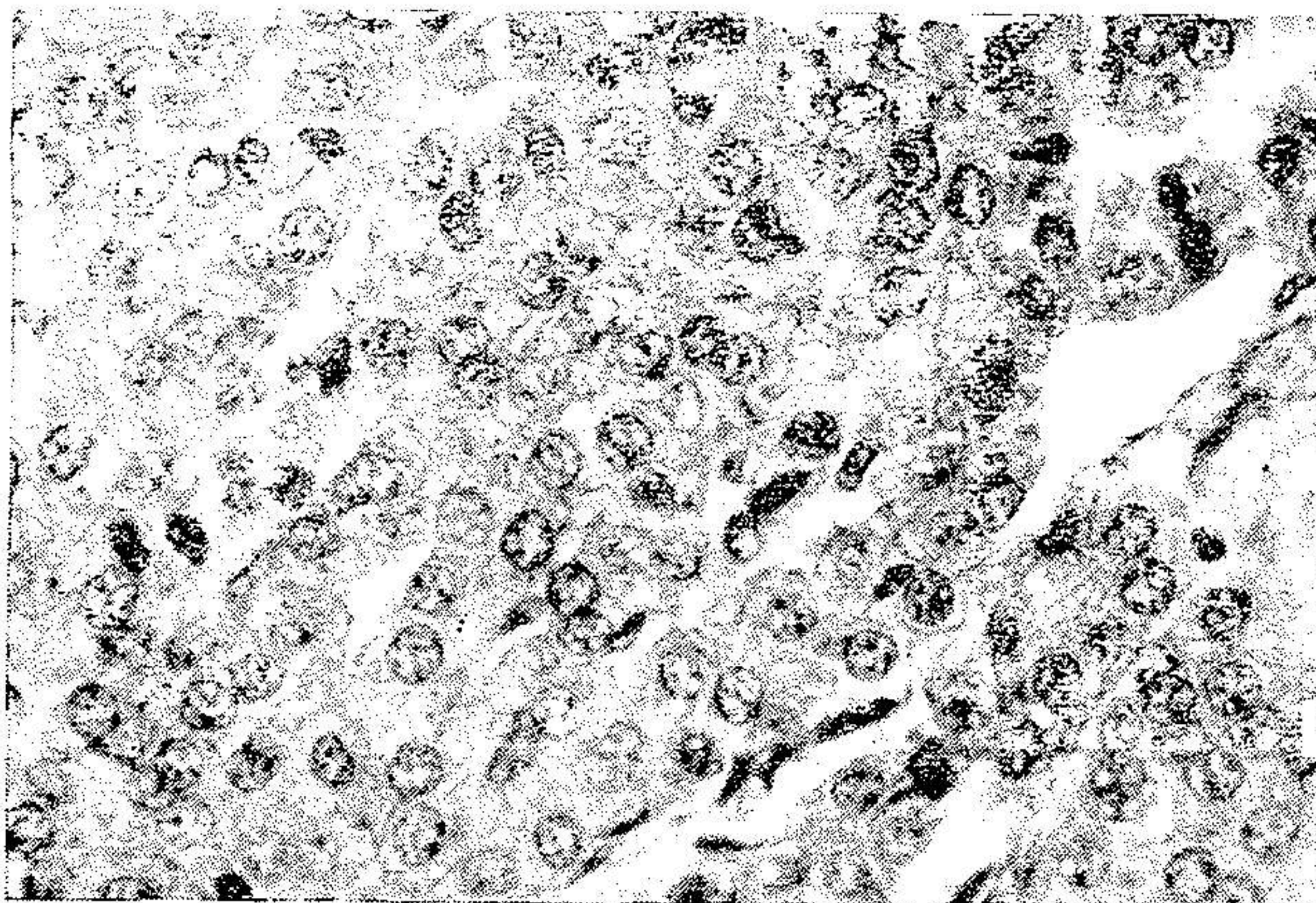
شکل ۶- جدار پیشینی بصورت نوار ضخیمی تومر را از خارج محصور مینماید



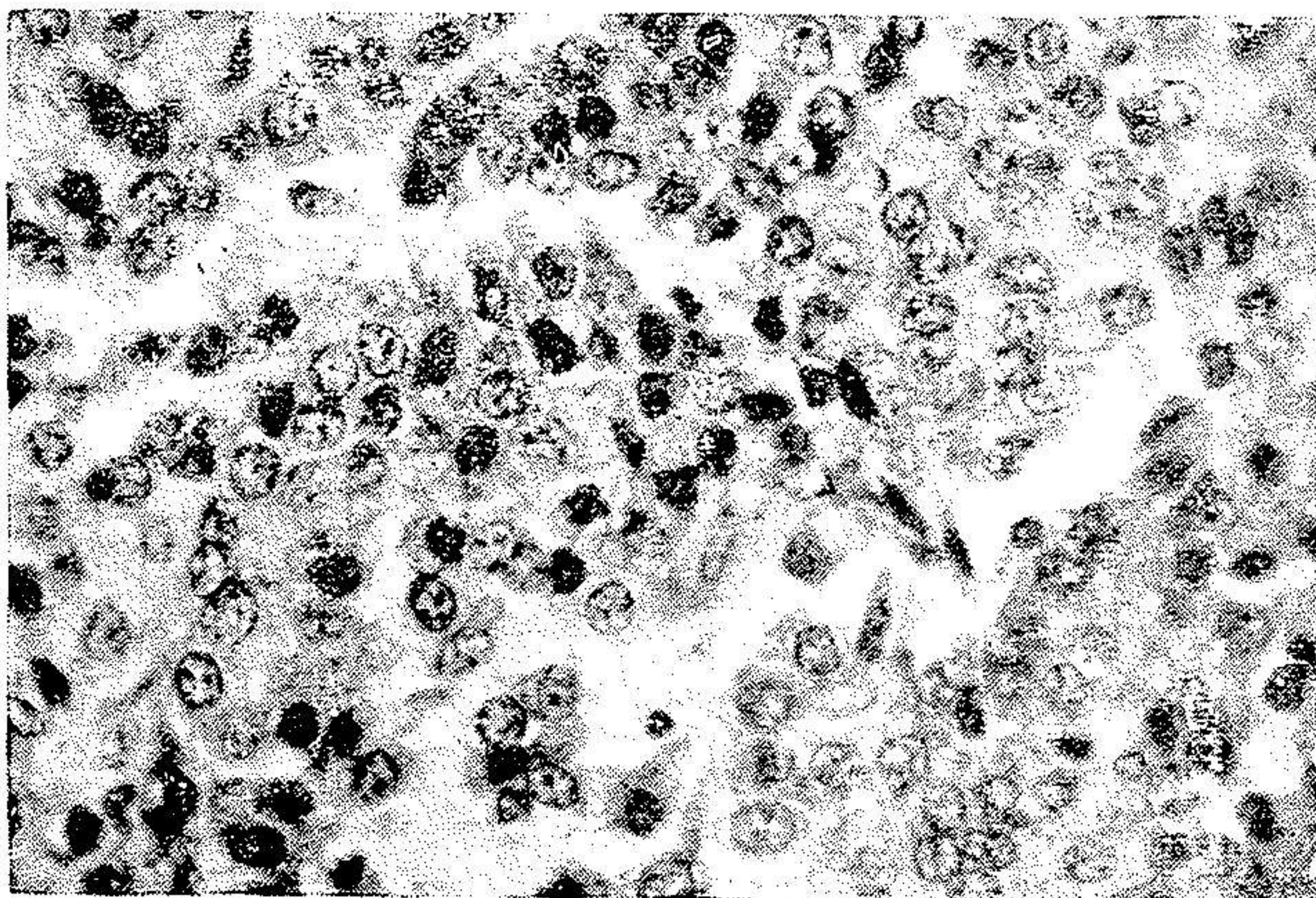
شکل ۷ - وجود رگهای موئینه فراوان و مجاروت بسیار نزدیک آنها با سلولهای تخریبان دلیل بر خاصیت هورمونال این تومر میباشد



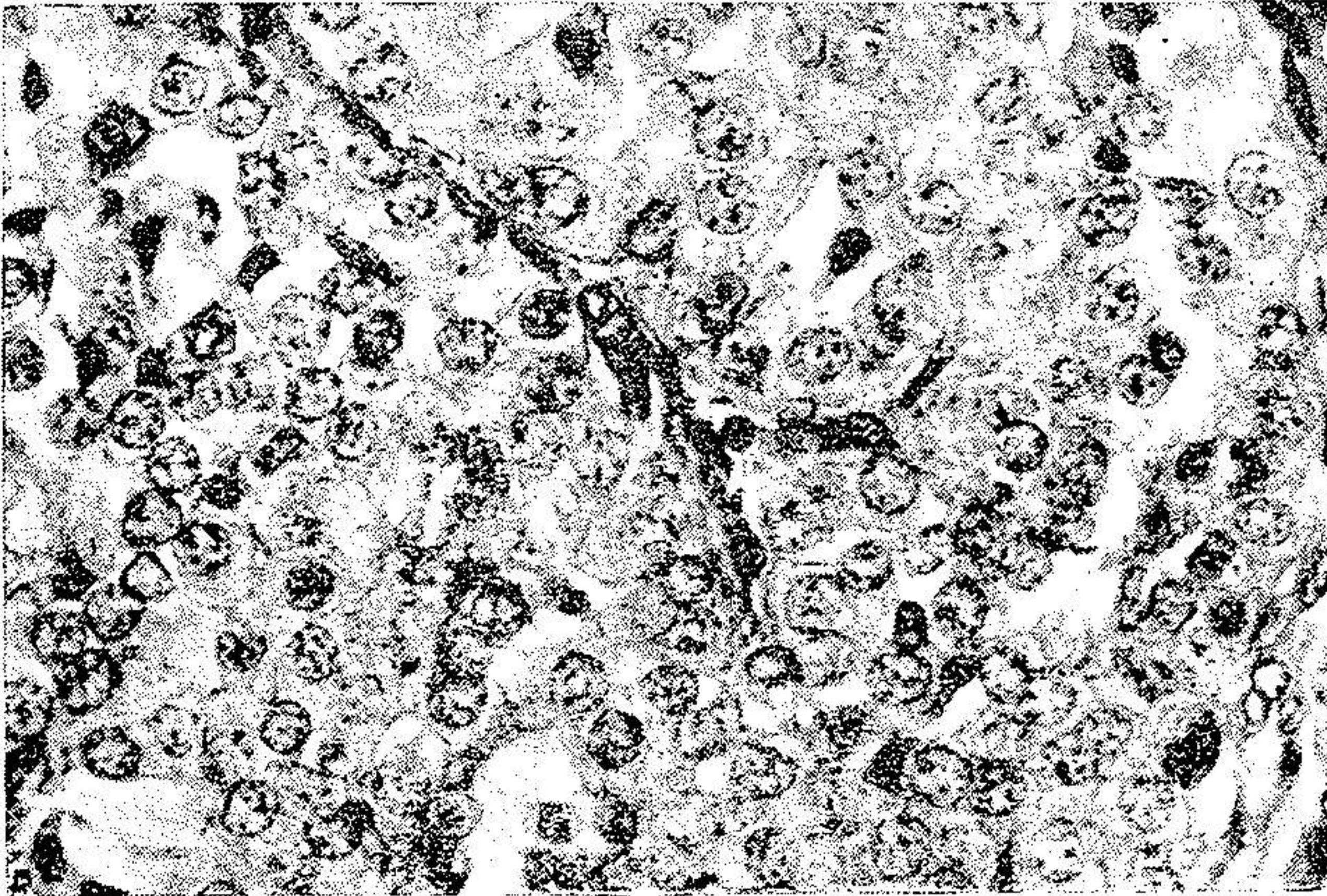
شکل ۸ - منظره آسینوی تومر گرانولوزا (acineux)



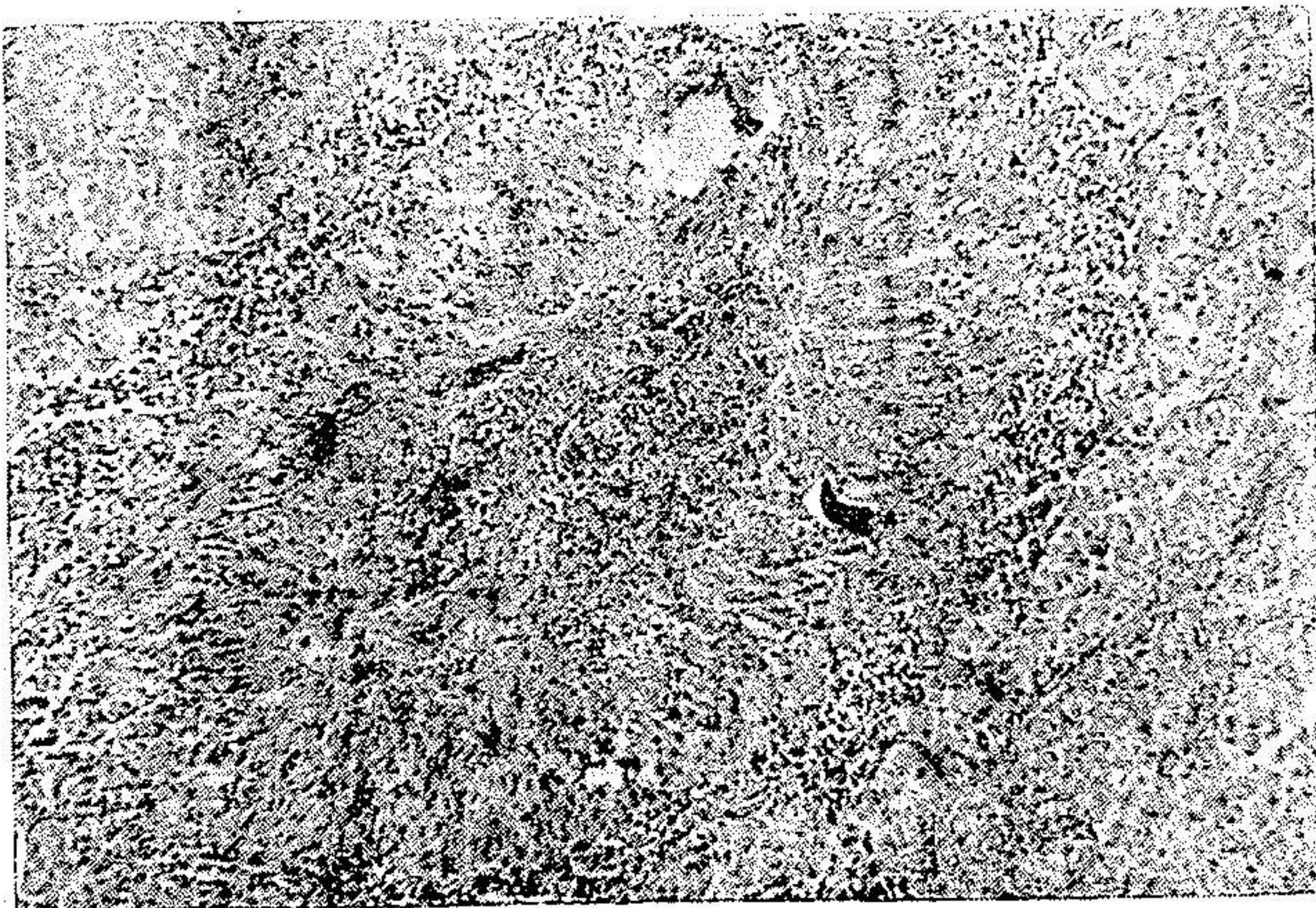
شکل ۹- منظره ترابکولر Trabéculaire تومر تخمدان



شکل ۱۰- در این برش تومر منحصراً از سلولهای گرانولز ساخته شده



شکل ۱۱ - در این برش سلولهای تکال بصورت عناصر چند ضلعی با پروپلاسم روشن و کف آلود و هسته کم فامین جلب نظر مینمایند



شکل ۱۲ - جسم زرد تخمدان - در وسط خونریزی شدید جسم زرد دیده میشود که از اطراف بواسطه سلولهای لوتئیک و تکال محصور شده است

گرانولز بطور غیر منظم دریافت دیده میشوند.

باشماره ضعیف ریز بین (شکل ۷) منظره تومور بخلاف آنچه‌ی که در کتب کلاسیک مسطور است. قد ساختمانهای کریک کالاکسز^(۱) است. رشته‌های سلولی بیشتر منظره آسینو (شکل ۸) و یا تراپیکولر^(۲) (شکل ۹) که رویهمرفته اشکال اتیپیک هستند بخود گرفته و بار گهای موئینه مجاورت کامل دارند. همین فراوانی رگهای موئینه و مجاورت آنها بارشته‌های سلولی در اولین برخورد جنبه هورمونال تومور را در نظر بیننده مشخص می‌سازد.

همانطور که در ابتدای مقال گفته شد گاهی این تومورها منحصرأ از سلولهای گرانولزا ساخته شده و زمانی بخلاف آمیخته با سلولهای تکال و یا حتی لوتئال میباشند. اتفاقاً بر حسب تصادف تومور مورد بحث ما از شق اخیر میباشد یعنی نه تنها در بعضی نقاط نمای سلولهای گرانولزا دارد (شکل ۱۰) بلکه در بعضی برشها سلولهای تکال نیز مشارکت نموده و بصورت عناصر چندضلعی یا نخم مرغی شکل یا پروتوپلاسم روشن و کف آلود و هسته کم فامین جلب نظر مینمایند (شکل ۱۱)

تصویر مزبور در حقیقت ناحیه است که در مجاورت جسم زرد قرار گرفته و همانطور که در تخمدان بالغ پیرامون جسم زرد را سلولهای تکال میگیرند در منطقه مزبور نیز همین کیفیت حکمفرماست. نکته شگفت انگیز تر اینکه در بعضی برشها مناطقی که نمای کامل جسم زرد را دارند نیز دیده میشود (شکل ۱۲).

با در نظر گرفتن قلت سن بیمار طبعاً مشاهده اجسام زرد در چنین توموری یکی از نکتهای طبیعت محسوب شده و موجب اعجاب بیننده میگردد. (شکل ۱۲)

در این تصویر (شکل ۱۳) منطقه وسیعی بصورت بیضی دیده میشود که در وسط بعلت خونریزی فراوان فاقد سلول بوده در حالی که پیرامون آنرا طبقه ضخیم سلولهای لوتئیک و تکال بصورت حاشیه منظمی فرامیگیرند. بطور خلاصه مشارکت سلولهای گرانولز و تکال و لوتئیک یکی از مشخصات بارز تومور نامبرده میباشد.

معالجه و پرنوسیتیک - غالب اسباب شناسان معتقدند که گرچه نمای ریزبینی

تومورهای گرانولز جنبهٔ وخامت و بدخیمی را دارد ولی از نظر بالینی جزء تومورهای نیک خیم محسوب میگردند زیرا مشی بالینی و علائم بیماری و نتایج پس از عمل بهیچ وجه منطبق باصفات عمومی تومورهای بدخیم نمیشد.

تومورهای مزبور عموماً بدون چسبندگی - پدیکوله و پس از برداشتن عود نمی نمایند.

وارانگو^(۱) دانشمند فرانسوی عصر حاضر در کتابی که بنام تومورهای گرانولزا نوشته است نظریهٔ مزبور را کاملاً حلاجی نموده و عقاید متضاد و متناقض دانشمندان را شرح داده و بطور کلی چنین معتقد است که این قبیل تومورها را باید در زمرهٔ تومورهای نیک خیم قلمداد نمود و رسید بومحلی آنها نادر است.

نتیجهٔ معاینه بالینی پس از عمل - در تاریخ ۲۹/۵/۳۱ یعنی تقریباً یکماه و نیم پس از عمل طفل خردسال مجدداً به بنگاه حمایت مادران مراجعه و توسط آقای دکتر معظمی و دکتر داوری معاینه شد حال عمومی خوب و رضایت بخش پستانها بکلی کوچک شده و در حال بازگشت بحال طبیعی بودند - در ناحیهٔ زیر بغل و زهار مقدار مو بسیار کم و از روز بعد از عمل بکلی خونریزی قطع شده بود در معاینه رکتال در لگن و ناحیهٔ تخمدانها ابداء آثاری از تومور سابق دیده نمی شد.

در تاریخ ۲۹/۶/۵ بیمار به مطب دکتر صالح مراجعه و شکایت از دل درد داشت. در معاینه برجستگی پستانها بکلی از بین رفته موهای زهار و زیر بغل مثل کودک طبیعی سه ساله دیگر وجود نداشت.

در معاینه شکم سه سانتی متر زیر ناف يك فتق شکمی^(۲) موجود بود که در موقع گریه طفل را آزار می داد - مادر بیمه را اظهار کرد که روز بعد از عمل طفل بسیار ناراحت بود و سه روز بعد از تخت خواب خارج شد و بی نهایت بی تاب میگردید - در هر حال در ناحیه عمل فتق پیدا شده بود و خود این احتمال باعث مراجعه بعدی شده بود زیرا در طی این مدت هر قدر بسراغ طفل فرستادیم طفل را برای معاینه نمیآوردند - برای عکس برداری جهت مقایسه باوضع قبل از عمل مقرر گردید که روز بعد مراجعه کند و ضمناً

بستری وفتق اوزود ترمیم گردد متاسفانه تا کنون مراجعه نکرده است و بدینجهت عکس بیمار بعد از عمل فعلا در دست نیست .

در پایان مقال از همکار محترم آقای دکتر مؤتمنی مدیر عامل بنسگاه حمایت مادران که در ارسال شرح حال بیمار و اعزام وی بدانشکده برای عکس برداری تسهیلات لازمه را فراهم نمودند همچنین از آقایان دکتر معظمی و دکتر داورى که علاوه بر شرکت در عمل در عواظبت بیمار و تنظیم شرح حال بالینی وی کمک فرموده اند بسیار سپاسگذار و ممنون میباشم .

مدارك و مأخذ علمی این مقاله در پایان خلاصه انگلیسی درج شده است.